

Тема занятия № 17: Сестринский процесс и сестринская помощь при кори, коревой краснухе, скарлатине.

Учебные цели занятия:

Ознакомить с инфекционными заболеваниями. Знать причины, клинические проявления, оказание сестринской помощи.

Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос)

1. Дайте краткую характеристику возбудителя туберкулеза?
2. Как можно установить первичную зараженность туберкулезом?
3. Опишите признаки туберкулезного интоксикационного синдрома?
4. Перечислите наиболее часто встречаемые клинические формы заболевания в детском возрасте?
5. Какие вы знаете возрастные особенности течения заболевания?
6. В чем заключается диагностика заболевания?
7. Перечислите основные принципы лечения при туберкулезе?
8. С какой целью проводится химиопрофилактика?
9. В чем заключается профилактика туберкулеза?
10. Сестринский уход при туберкулезе?

Информационный блок. План:

1. Скарлатина. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Корь. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Краснуха. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.

Корь – острое высоко-контагиозное инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, поражением верхних дыхательных путей и слизистой оболочки глаз, появлением на коже пятнисто-папулезной сыпи.

Этиология. Возбудителем кори является вирус. Обладает выраженной летучестью – вирус способен распространяться с током воздуха на значительные расстояния: в соседние комнаты, через коридоры и лестничные площадки в другие квартиры, по вентиляционной системе с нижнего этажа на верхний.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной, заразный в течение всего катарального периода и первые 4 дня с начала высыпания. Восприимчивость к кори чрезвычайно высока. До 6 месяцев жизни заболевание встречается редко в связи с наличием пассивного иммунитета, полученного от матери. После перенесенной инфекции вырабатывается прочный иммунитет.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается от 7 до 17 дней, при введении иммуноглобулина может увеличиваться до 21 дня. В клинической картине выделяют три периода: катаральный (продромальный), период высыпания и период пигментации (реконвалесценции).

Катаральный период продолжается 3-4 дня. Начало заболевания сопровождается повышением температуры до 38-39°C, появлением обильных

выделений из носа, сухого навязчивого кашля, признаков конъюнктивита: светобоязни, гиперемии слизистой, слезотечения. Нарушается общее состояние. Ребенок становится вялым, плаксивым, беспокойным, ухудшаются аппетит и сон. У детей раннего возраста может развиваться синдром крупа. На мягком и твердом небе возникает энантема в виде розовато-красных мелких пятен. В последующем они становятся едва различимыми на фоне яркой гиперемии слизистой оболочки ротоглотки. На 2-3й день заболевания на слизистой оболочке щек напротив малых коренных зубов появляется характерный симптом кори – пятна Бельского – Филатова – Коплика, представляющие собой мелкие пятнышки белого цвета, окруженные узкой каймой гиперемии.

Период высыпания начинается новым подъемом температуры и характеризуется появлением пятнисто-папулезной сыпи с величиной отдельных элементов от 2-3 до 4-5 мм в диаметре. При нарастании высыпаний пятна и папулы нередко сливаются между собой. Свободные от сыпи участки кожи имеют обычный фон. Для кори характерна этапность высыпания. Сыпь постепенно, в течении 3 дней, распространяется сверху вниз. Первые элементы сыпи появляются на лбу и за ушами. В течении суток сыпь покрывает лицо, включая область носогубного треугольника и шею, на 2й день – туловище, на 3й день – конечности.

Период пигментации начинается с 3-4го дня от начала высыпания. При отсутствии осложнений нормализуется температура тела, уменьшаются катаральные явления, постепенно угасает сыпь. Она исчезает в той же последовательности, в какой появилась, и оставляет после себя пигментацию, сохраняющуюся в течении 1-2 недель. Часто при исчезновении сыпи отмечается мелкое отрубевидное шелушение. В период реконвалесценции наблюдается повышенная утомляемость, вялость, раздражительность, сонливость, снижением сопротивляемости к инфекции.

Для кори характерны **осложнения**, связанные с поражением органов дыхания и пищеварения: пневмонии, бронхиты, коревой круп, отит, стоматиты. У детей раннего возраста могут развиваться острые расстройства пищеварения. К редким осложнениям относятся: энцефалиты, менингиты. Возможно развитие блефаритов, кератитов.

Лабораторная диагностика. При обычном течении заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях проводится общий анализ крови (дважды) и общий анализ мочи. В общем анализе крови отмечается лейкопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия. По показаниям назначаются: 1) исследование крови на РПГА (парной сыворотки). Кровь забирают в начале заболевания – не позже 3-го дня высыпания, затем повторно через 7–9 дней. Подтверждает диагноз кори нарастание титра специфических антител к 10–14-му дню болезни в 4 раза и более; 2) исследование крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) по определению IgM к вирусу кори. Специфические антитела класса IgM служат иммунологическим маркером инфекции, протекающей как в манифестной, так и в атипичной форме.

Лечение. При кори лечение можно проводить на дому. Госпитализация осуществляется в случае тяжелого течения заболевания, при присоединении осложнений или по эпидемиологическим показаниям.

В остром периоде заболевания назначается постельный режим. С целью дезинтоксикации рекомендуется обильное питье в виде чая, соков, компотов, отваров липы, мяты. С учетом выраженного при кори кашля – отваров мать и-мачехи, багульника.

Диета должна быть легкоусвояемой с достаточным количеством витаминов. При наличии у больного дисфункции желудочно-кишечного тракта диету необходимо строить на тех же принципах, что и при кишечных инфекциях. Симптоматическую терапию применяют в зависимости от выраженности отдельных симптомов в каждом конкретном случае. Для лечения ринита назначается закапывание лекарственных средств с сосудосуживающим и антисептическим действием (галазолин, «Називин», протаргол, «Пиносол», «Синупрет»). При конъюнктивите применяются глазные капли «Тобрекс», «Офтаквикс» в комплексе с 20% раствором сульфацила натрия и лейкоцитарным интерфероном. Для снижения высокой температуры используются жаропонижающие средства (парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг, свечи с цефekonом). Для облегчения кашля применяются амброксол, бромгексин, мукалтин.

Уход. Больному необходимо обеспечить постоянный приток свежего воздуха. Учитывая наличие конъюнктивита, кровать больного, кровать больного ставится так, чтобы прямой свет не попадал в глаза. Важное значение при организации ухода имеет гигиеническое содержание кожи и слизистых оболочек. Необходимо несколько раз в день промывать глаза теплой кипяченой водой или 2% раствором натрия гидрокарбоната. При выраженном конъюнктивите после предварительного удаления гнойного отделяемого и корок, глаза закапывают 20% раствором сульфацил - натрия и раствором витамина А. Сухие, потрескавшиеся губы смазывают борным вазелином. При необходимости нос прочищают ватными тампонами, смоченными теплым вазелиновым маслом. Следует регулярно полоскать рот кипяченой водой, отваром коры дубы, ромашки.

Профилактика. Ведущая роль в профилактике заболевания принадлежит активной иммунизации. Для предупреждения распространения кори в детских коллективах необходима. Больного корью изолируют на срок до пяти дней от начала высыпания, при наличии осложнений – до 10-го дня. Специфическая профилактика проводится введением поливалентной вакцины «Тримовакс» или коревой вакциной в 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет.

Мероприятия в очаге. Дети, бывшие в контакте, разобщаются на 17 дней, при введении иммуноглобулина – на 21 день. За ними устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной термометрией, осмотром кожи и слизистых оболочек. Всем контактным, не болевшим ранее корью и не вакцинированными против кори, срочно вводят живую коревую вакцину. Имеющим противопоказания к вакцинации и детям в возрасте до 12 месяце

проводиться иммунизация иммуноглобулином в дозе 3мл. В очаге необходимо проветривание, обязательна влажная уборка использованием мыльно-содового раствора.

Краснуха – острое инфекционное заболевание, характеризующееся кореподобной сыпью, незначительными катаральными явлениями верхних дыхательных путей и увеличением затылочных лимфатических узлов.

Этиология. Возбудитель заболевания – вирус, не устойчивый во внешней среде.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной, выделяющий за 7-10 дней от начала заболевания вирус краснухи. Опасность заражения сохраняется в течении 2-3 недель с момента высыпания. Наибольшее выделение вируса отмечается в первые 5 дней заболевания. Механизм передачи инфекции: воздушно-капельный. Допускается возможность трансплацентарного и контактного путей инфицирования. Восприимчивость к краснухе высокая. Особую опасность она представляет для беременных женщин. Инфицирование плода может привести к его гибели или развитию тяжелых поражений глаз, мозгов и внутренних органов. После перенесенного заболевания остается стойкий иммунитет.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается от 15 до 24 дней. В конце инкубационного периода увеличиваются затылочные и заднешейные лимфатические узлы до размера крупной горошины и более. Они становятся плотным, при пальпации малоболезненны.

Катаральный период короткий, продолжается от нескольких часов до 1–2 дней и отмечается не у всех больных. Воспалительный процесс со стороны верхних дыхательных путей выражен и проявляется субфебрильной температурой, небольшим насморком и кашлем. Нёбные дужки и задняя стенка глотки гиперемированы. Температура тела обычно субфебрильная, может оставаться нормальной в течение всей болезни.

Одновременно с катаральными явлениями или через 1–2 дня на лице, за ушами, на шее появляется сыпь, которая быстро, в течение нескольких часов, без какой-либо этапности распространяется по всему телу. В отличие от коревой сыпи более обильное высыпание наблюдается на спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей. Сыпь расположена на обычном фоне кожи, не склонна к слиянию. На ладонях и подошвах она отсутствует. Экзантема сохраняется 2–3 дня, затем быстро исчезает, не оставляя пигментации и шелушения. Вместе с кожными высыпаниями или незадолго до них на слизистой оболочке носоглотки может появиться *энантема* в виде мелких бледно-розовых пятен. Энантема неяркая, маловыраженная. Симптом Бельского – Филатова – Коплика отсутствует.

Врожденная краснуха. У 15–30% беременных женщин существует потенциальная опасность инфицирования вирусом краснухи, который представляет особую опасность для плода. Врожденная краснуха проявляется триадой аномалий (триада Грегга). Она включает глухоту, катаракту, пороки развития сердечно-сосудистой системы (открытый

артериальный проток, стеноз легочной артерии, дефект межжелудочковой или предсердной перегородки, тетрада Фалло).

Наряду с классической триадой Грегга или ее отдельными компонентами встречается «расширенный синдром» заболевания с множеством других аномалий: пороками развития мочеполовых органов, пищеварительной системы, скелета, черепа (микро- или гидроцефалия).

Лабораторная диагностика. При обычном течении заболевания лабораторные исследования не проводятся. В амбулаторно-поликлинических условиях по показаниям назначаются: 1) общий анализ крови (для краснухи характерны лейкопения, лимфоцитоз, появление до 15–25% плазматических клеток); 2) общий анализ мочи; 3) исследование крови на РПГА с иерсиниозным антигеном; 4) исследование крови методом ИФА по определению IgM к вирусу краснухи.

Лечение. Больные краснухой лечатся в домашних условиях. Госпитализация осуществляется по эпидемиологическим показаниям и при тяжелых клинических формах заболевания. При обычном течении краснухи лечение не требуется. По показаниям назначается симптоматическая терапия.

Мероприятия в очаге. При выявлении больного краснухой в организованных коллективах проводится изоляция группы (класса) от остального коллектива на 21-й день с момента выявления последнего заболевшего. В группу (класс) в этот период запрещается прием непривитых детей, а также лиц без справки о прививках или о перенесенном заболевании. С целью выявления больных краснухой за контактными детьми в детских дошкольных учреждениях и школах устанавливается ежедневное медицинское наблюдение, включающее измерение температуры тела, осмотр кожи и слизистой оболочки полости рта, обследование лимфатических узлов.

Профилактика. Для предупреждения распространения заболевания больных изолируют на 5 дней с момента появления сыпи. Основное значение в профилактике заболевания играет активная иммунизация. Вакцинация против краснухи категорически запрещена за 3 месяца до планируемой беременности.

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами общей интоксикации, ангиной и высыпаниями на коже.

Этиология. Возбудитель заболевания Б– гемолитический стрептококк группы А. Его особенностью является способность вырабатывать экзотоксин. Возбудитель достаточно устойчив во внешней среде, может в течение длительного времени сохраняться в пищевых продуктах.

Эпидемиология. Источник инфекции – больной скарлатиной или другим стрептококковым заболеванием. Механизм передачи инфекции – воздушно-капельный. Возможна передача через предметы обихода, игрушки, одежду больных, а также через инфицированные продукты, главным образом молоко, мороженое, кондитерские изделия с кремом. После перенесенного заболевания вырабатывается стойкий иммунитет, однако могут наблюдаться повторные случаи скарлатины.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается от 2 до 12 дней. Заболевание начинается остро: повышается температура тела, возникает общая слабость, недомогание, боль в горле, нередко рвота. В течение первых суток, реже в начале вторых на коже появляется сыпь, которая быстро распространяется на лицо, шею, туловище и конечности. Скарлатинозная сыпь имеет вид мелких точечных элементов, близко расположенных друг к другу на гиперемизированном фоне кожи. Сыпь более интенсивная на боковой поверхности туловища, внизу живота, на сгибательных поверхностях конечностей, в естественных складках кожи. Кожа сухая, на ощупь шершавая, при легком надавливании появляется стойкий белый дермографизм. Щеки больного гиперемизированы, на фоне яркой окраски щек выявляется бледный, не покрытый сыпью носогубной треугольник, описанный Филатовым.

Постоянным симптомом скарлатины является ангина – катаральная, фолликулярная, лакунарная. Типична яркая гиперемия миндалин, язычка, дужек («пылающий зев»). В процесс вовлекаются регионарные лимфатические узлы. Они увеличиваются и становятся болезненными при пальпации. Язык в первые дни болезни густо обложен белым налетом, со 2-3-го дня начинает очищаться, становится ярко-красным, зернистым, напоминая спелую малину («малиновый язык»).

Острый период болезни длится 4–5 дней, затем состояние больных улучшается. Вместе с исчезновением сыпи и снижением температуры постепенно проходит ангина. На 2-й неделе заболевания на ладонях, пальцах рук и ног появляется пластинчатое шелушение, на туловище – отрубевидное. У грудных детей шелушение не выражено.

Осложнениями являются лимфаденит, отит, синусит, нефрит, миокардит.

Лабораторная диагностика. Для лабораторного подтверждения диагноза имеет значение выделение β -гемолитического стрептококка в посевах слизи из ротоглотки, определение титра антистрептолизина-О, других ферментов и антитоксинов стрептококка, исследование крови на РПГА с иерсиниозным диагностикумом (парной сыворотки). Кровь забирают в начале заболевания – не позже 3-го дня высыпания, затем повторно через 7–9 дней. Подтверждает диагноз нарастание титра специфических антител к 10–14-му дню болезни в 4 раза и более. Со стороны крови отмечается лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия, увеличенная СОЭ.

Лечение. Госпитализации подлежат дети по эпидемическим показателям, а также с тяжелыми и осложненными формами заболевания. Лечение в домашних условиях требует тщательного наблюдения участкового врача и медсестры, выполнения рекомендаций, контроля лабораторных исследований крови и мочи на 10-й и 21-й день заболевания.

В острый период заболевания назначается постельный режим. Диета должна соответствовать возрасту ребенка, в ней должны преобладать молочно-растительные продукты. Показано обильное витаминизированное питье.

Независимо от тяжести течения заболевания назначаются антибиотики, преимущественно пенициллинового ряда (амоксциллин, ампициллин, феноксиметилпенициллин) в возрастной дозе 5–7 дней.

При непереносимости пенициллинов применяются антибиотики из группы макролидов (эритромицин, рокситромицин, mideкамицин, сумамед) или цефалоспорины 1-го поколения (цефалексин, цефазолин, цефадроксил) в возрастных дозах. После окончания антибиотикотерапии однократно внутримышечно вводится бициллин-5 в дозе 20 000 ЕД/кг.

Уход. При уходе большое внимание должно уделяться регулярному проветриванию помещения, систематической влажной уборке. Важное значение имеет уход за слизистой оболочкой полости рта. В связи с тем, что при шелушении может появиться зуд кожи, ребенку следует коротко остричь ногти нефрита, сестре необходимо контролировать объем мочеиспускания и характер мочи больного.

Профилактика. Больных изолируют сроком на 10 дней с момента заболевания. Реконвалесценты, посещающие детские учреждения, 1-й и 2-й классы школы допускаются в детский коллектив после дополнительной изоляции на 12 дней (через 22 дня от начала заболевания). Больные ангиной из очагов скарлатиной изолируются также, как и больные скарлатиной, на 22 дня с момента заболевания.

Мероприятия в очаге. Дети, бывшие в контакте с больным скарлатиной, посещающие дошкольные учреждения и первые два класса школы, подлежат разобщению на 7 дней. За ними устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной термометрией, осмотром кожи и слизистых оболочек. Дети старших медицинскому наблюдению в течение 7 дней после изоляции больного. Если ребенок лечится дома, контактные дети и взрослые, работающие в молочной промышленности, ДДУ, хирургическом и акушерском стационаре, подлежат медицинскому наблюдению в течение 17 дней. В очаге проводится проветривание, влажная уборка с использованием мыльно-содового раствора.

Закрепление нового материала

Вопросы для проверки:

1. Дайте краткую характеристику возбудителя скарлатины?
2. Продолжительность инкубационного периода, основные симптомы скарлатины?
3. Критерии диагностики скарлатины?
4. Принципы лечения скарлатины?
5. Источник инфекции, пути передачи, восприимчивость, особенности иммунитета при кори?
6. Опишите клинические проявления кори?
7. Характеристика коревой сыпи?
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать корь в периоде высыпания?
9. Лабораторная диагностика кори?

10. Назовите основные принципы лечения кори?
11. Какие особенности имеет уход за больным?
12. Источник инфекции, пути передачи, восприимчивость при краснухе.
13. В чем отличие врожденной и приобретенной краснухи?
14. Клиническая картина приобретенной краснухи.
15. Принципы диагностики кори?
16. Возможные осложнения скарлатины, кори, краснухи?
17. Какие особенности имеет уход за больным?
18. В чем заключается профилактика заболеваний? Перечислите мероприятия, проводимые в очаге?